



# 崇右影藝科技大學 學生健康資料卡

學號

健康檢查前的注意事項

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|---|-------|---|----|-------------------------------------------------------|---------|------------------------------------|
| 學生基本資料                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 入學日期                                                                                                                                                                                                                        | 年                                                                                                                                            | 月  | 出生日期 | 年 | 月     | 日 | 血型 |                                                       | 姓名      |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 身分證字號                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | E-mail  |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 學制                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 日間部 <input type="checkbox"/> 進修部                                                                                    |    |      |   |       |   |    | <input type="checkbox"/> 一年級                          | 科系<br>所 | 年<br>班                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 研究所 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 二專 |    |      |   |       |   |    | <input type="checkbox"/> 轉學生                          |         |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 戶籍地址                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
| 現居地址                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 如右：                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
| 緊急聯絡人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 監護人或近親友                                                                                                                                                                                                                     | 關係                                                                                                                                           | 姓名 |      |   | 電話(家) |   |    | 電話(公)                                                 |         | 行動電話                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
| <p>1. 除了書面報告外，另提供本人上網查詢報告服務。</p> <p>2. 依教育部學生健康檢查實施辦法規定：</p> <p>(1) 需父母同意理學應檢查項目：「胸腔及外觀檢查、腹部檢查」於校內進行檢查，若家長不同意，請家長自行帶至醫療院所檢查，費用自理，並將檢查報告繳交學校。<input type="checkbox"/>同意<input type="checkbox"/>不同意<br/>家長簽名：_____ (若家長沒簽名，視為同意)。</p> <p>(2) 未滿20歲，應將體檢報告結果通知家長，家長行動電話：_____，報告將透過此電話發送簡訊通知至網路查詢。</p> <p>3. 本校為加強輔導與照顧特殊疾病學生，使之在學期間得到更完善的照顧；學生本人與家長同意，必要時，本資料提供導師及體育教師作為參考之用。<input type="checkbox"/>同意<input type="checkbox"/>不同意</p> <p>4. 女性請確認：本人確定無懷孕接受X光檢查。</p> <p>上述資料確定無誤後，立書人簽名(未滿20歲由代理人簽名)：_____</p> |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
| 健康基本資料                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 個人疾病史：勾選本人曾患過的疾病                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         | 特殊疾病現況及應注意事項                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 7. 癲癇 <input type="checkbox"/> 13. 心理或精神疾病：_____                                                                                                                     |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         | <input type="checkbox"/> 詳如病歷摘要    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 2. 肺結核 <input type="checkbox"/> 8. 紅斑性狼瘡 <input type="checkbox"/> 14. 癌症：_____                                                                                                                     |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         | <input type="checkbox"/> 已痊癒       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 3. 心臟病 <input type="checkbox"/> 9. 血友病 <input type="checkbox"/> 15. 海洋性貧血：_____                                                                                                                    |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         | <input type="checkbox"/> 治療中       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 4. 肝炎 <input type="checkbox"/> 10. 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 16. 重大手術名稱：_____                                                                                                                   |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         | <input type="checkbox"/> 定期追蹤      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 5. 氣喘(三年內曾發作) <input type="checkbox"/> 11. 關節炎 <input type="checkbox"/> 17. 過敏物質名稱：_____                                                                                                           |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         | <input type="checkbox"/> 未痊癒亦未定期追蹤 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 6. 腎臟病 <input type="checkbox"/> 12. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 18. 其他：_____                                                                                                                      |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明卡，類別_____ <input type="checkbox"/> 參加保險，類別 <input type="checkbox"/> 全民健保 <input type="checkbox"/> 學生團體保險 <input type="checkbox"/> 其他_____                                                  |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊，類別_____等級： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度                                                               |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 若有上述特殊疾病尚未痊癒或仍在治療中，可提供就診病歷摘要(含疾病現況及應注意事項)，做為照護參考。                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂_____，疾病名稱_____                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 針對以上個人健康問題，在校是否需要特殊協助？請敘述：_____                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
| 生活型態                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ※請勾選最合適的選項：                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1. 過去7天內(不含假日)，睡眠習慣： <input type="checkbox"/> 每日睡足7小時 <input type="checkbox"/> 不足7小時 <input type="checkbox"/> 時常失眠                                                                                                          |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2. 過去7天內(不含假日)，早餐習慣： <input type="checkbox"/> 都不吃 <input type="checkbox"/> 有時吃，____天 <input type="checkbox"/> 每天吃，幾點吃？____點                                                                                                 |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 3. 過去一個月內(不含假日及寒暑假)，若以每週至少運動3次，每次至少30分鐘為基準，心跳達每分鐘130下；您做到了嗎？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有                                                                                                         |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 4. 過去一個月內，吸菸行為： <input type="checkbox"/> 不吸菸 <input type="checkbox"/> 時常吸菸 <input type="checkbox"/> 每天吸菸，____支/天 <input type="checkbox"/> 已戒除                                                                               |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 5. 過去一個月內，喝酒行為： <input type="checkbox"/> 不喝酒 <input type="checkbox"/> 時常喝酒 <input type="checkbox"/> 每天喝酒，____杯/天 <input type="checkbox"/> 已戒除<br>(一杯的定義：啤酒330ml, 葡萄酒120ml, 烈酒45ml)                                          |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 6. 過去一個月內，嚼食檳榔： <input type="checkbox"/> 不嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 時常嚼檳榔 <input type="checkbox"/> 每天嚼檳榔，____粒/天 <input type="checkbox"/> 已戒除                                                                            |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 7. 常覺得焦慮、憂鬱嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常                                                                                                                           |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 8. 常覺得胸悶嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常                                                                                                                              |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 9. 常覺得胃痛嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常                                                                                                                              |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 10. 常覺得頭痛嗎？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 很少 <input type="checkbox"/> 時常                                                                                                                             |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 11. 月經情況(女生回答)                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
| 自我健康評估                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | (1) 初次月經 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 初經年齡：____歲                                                                                                                                                   |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | (2) 月經週期？ <input type="checkbox"/> ≤20天 <input type="checkbox"/> 21-40天 <input type="checkbox"/> ≥41天 <input type="checkbox"/> 不規律(差異7天以上)                                                                                  |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | (3) 有無經痛現象： <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 輕微 <input type="checkbox"/> 嚴重                                                                                                                             |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 12. 排便習慣：過去7天內，多久排便一次？ <input type="checkbox"/> 每天至少一次 <input type="checkbox"/> 兩天 <input type="checkbox"/> 三天 <input type="checkbox"/> 四天以上                                                                                |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 13. 網路使用習慣：過去7天內(不含假日)每日除了上課及做功課需要之外，累積網路使用的時間？<br><input type="checkbox"/> 每天少於1小時 <input type="checkbox"/> 每天約1-2小時 <input type="checkbox"/> 每天約2-4小時 <input type="checkbox"/> 每天約4-5小時 <input type="checkbox"/> 每天約5小時以上 |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的健康狀況是？ <input type="checkbox"/> 極好的 <input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不好                                                     |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2. 過去一個月，一般來說，您認為您目前的心理健康是？ <input type="checkbox"/> 極好的 <input type="checkbox"/> 很好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不好                                                     |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ※目前有哪些健康問題？請敘述：_____                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                              |    |      |   |       |   |    |                                                       |         |                                    |



# 健康檢查記錄表

雙線內請以正楷詳細填寫

|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |      |                                                            |      |       |      |     |           |           |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------|------|-------|------|-----|-----------|-----------|----|-------|----|-------|----|----|----|------|--|
| 學 號                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                      | 姓 名                                                     |      | 科系所                                                        |      | 年     |      | 班   |           |           |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
| 檢查日期                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                      | 年                                                       |      | 月                                                          |      | 日     |      |     |           |           |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
| 一般<br>檢<br>查                                                   | 體 格                                                                                                                                                                                                                                                  | 身高                                                      | cm   | 體重                                                         | Kg   | 腰圍    | cm   | 體脂肪 |           |           |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
|                                                                | 血 壓                                                                                                                                                                                                                                                  | ①                                                       | /    | mmHg                                                       | ②    | /     | mmHg | 心跳  | 次/分       |           |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
|                                                                | 視 力                                                                                                                                                                                                                                                  | 裸視                                                      | 右:   |                                                            | 左:   |       | 矯正   | 右:  |           |           |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |      |                                                            |      |       |      | 左:  |           |           |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
|                                                                | 辨色力                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |      |                                                            |      |       |      |     |           |           |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
| 聽 力                                                            | 右: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常                                                                                                                                                                                           |                                                         |      | 左: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 |      |       |      |     |           |           |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
| 頭 頸                                                            | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> 異常腫塊 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                                 |                                                         |      |                                                            |      |       |      |     |           |           |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
| 胸腔及外觀                                                          | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 心肺疾病 <input type="checkbox"/> 胸廓異常 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                               |                                                         |      |                                                            |      |       |      |     |           |           |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
| 心 臟                                                            | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 心律不整 <input type="checkbox"/> 心雜音 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                                |                                                         |      |                                                            |      |       |      |     |           |           |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
| 腹 部                                                            | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 異常腫大 <input type="checkbox"/> 其他異常                                                                                                                                                           |                                                         |      |                                                            |      |       |      |     |           |           |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
| 脊柱四肢                                                           | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 脊柱側彎 <input type="checkbox"/> 肢體畸形 <input type="checkbox"/> 蹲距困難 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                 |                                                         |      |                                                            |      |       |      |     |           |           |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
| 皮 膚                                                            | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 癬 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 疣 <input type="checkbox"/> 異位性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 溼疹 <input type="checkbox"/> 其他                                             |                                                         |      |                                                            |      |       |      |     |           |           |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
| 其 他                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |      |                                                            |      |       |      |     |           |           |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
| 口 腔                                                            | <input type="checkbox"/> 無明顯異常 <input type="checkbox"/> 口腔衛生不良 <input type="checkbox"/> 牙結石 <input type="checkbox"/> 牙齦炎 <input type="checkbox"/> 牙周炎 <input type="checkbox"/> 齒列咬合不正<br><input type="checkbox"/> 口腔黏膜異常 <input type="checkbox"/> 其他 |                                                         |      |                                                            |      |       |      |     |           |           |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
| 牙齒位置圖      檢查代碼      C-齲齒    X-缺牙    △-已矯治    ϕ-阻生牙    Sp.-贅生牙 |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |      |                                                            |      |       |      |     |           |           |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |      |                                                            |      |       |      |     |           |           |    |       |    |       |    |    |    | 牙醫簽章 |  |
| 右上                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                      | 18                                                      | 17   | 16                                                         | 15   | 14    | 13   | 12  | 11        | 21        | 22 | 23    | 24 | 25    | 26 | 27 | 28 | 左上   |  |
| 右下                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                      | 48                                                      | 47   | 46                                                         | 45   | 44    | 43   | 42  | 41        | 31        | 32 | 33    | 34 | 35    | 36 | 37 | 38 | 左下   |  |
| 尿液檢查                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |      |                                                            |      | HBsAg |      |     |           | 血液檢查      |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
| 尿 糖                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |      | 肝 炎                                                        |      | HBsAb |      |     |           | 白血球:      |    | HT:   |    | MCHC: |    |    |    |      |  |
| 尿蛋白                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |      |                                                            |      | HBeAg |      |     |           | 紅血球:      |    | MCV:  |    | 血小板:  |    |    |    |      |  |
| 酸鹼值                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |      |                                                            |      | SGOT  |      |     |           | 血色素:      |    | MCH:  |    |       |    |    |    |      |  |
| 尿潛血                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |      | 肝 功 能                                                      |      | SGPT  |      |     |           | 體格缺點及建議:  |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
| 血 號                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |      |                                                            |      | 血中尿素氮 |      |     |           |           |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |      |                                                            |      | 尿酸    |      |     |           |           |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |      | 腎 功 能                                                      |      | 肌酸酐   |      |     |           | 胸部 X 光攝影: |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |      |                                                            |      | 血脂肪   |      | 膽固醇 |           |           |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
| 臨時性<br>檢<br>查                                                  | 檢查名稱                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         | 檢查日期 |                                                            | 檢查單位 |       | 檢查結果 |     | 轉介複查追蹤及備註 |           |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |      |                                                            |      |       |      |     |           |           |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |      |                                                            |      |       |      |     |           |           |    |       |    |       |    |    |    |      |  |
| 健康管理<br>綜合紀錄                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                      | 健康檢查結果追蹤矯治情形及個案管理摘要紀錄                                   |      |                                                            |      |       |      |     |           |           |    | 醫師簽章: |    |       |    |    |    |      |  |